



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 452/68 - ASTENIA E HIPOTIROIDISMO

D. Sanchez Ruiz<sup>1</sup>, I. Gómez Arraiz<sup>2</sup>, A. Revnic<sup>1</sup>, C. Gaudó Perales<sup>3</sup>, M. Rodríguez Nogue<sup>1</sup>, N. Gracia Fondevila<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernando el Católico. Zaragoza. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hernani. Gipuzkoa. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero. Zaragoza. <sup>4</sup>Médico Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 26 años que acude al CS por astenia generalizada de varios meses de evolución y para revisión de control analítico. Antecedentes personales: hipertrigliceridemia, anemia ferropénica, dermatofibrosarcoma protuberans. Tratamiento con dienogestetinilestradiol 2 mg/30 ?g, alprazolam 0,25 mg 1 comprimido cada 8 horas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, normocoloreada. Exploración neurológica y abdominal estrictamente normal. No se palpan adenopatías ni bocio. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos, MVC. EEII: sin signos de TVP o edemas, pulsos periféricos conservados. Se realiza AS y AO: TSH 7,57, T4 0,58, hierro 74, ácido fólico 4,23, vitamina B12 313, creatinina 0,99, CKD-EPI 79, transaminasas y electroforesis normal, microalbuminuria 10,68, microalbuminuria/creatinina 195,71, VSG 63, Hb 10,9. La paciente es revaluada sin cambios en la sintomatología y derivada a MI para valoración integral por los antecedentes descritos. En MI deciden ampliar estudio ante las alteraciones analíticas descritas y la sintomatología referida. AS: TSH 11,38, T4 0,49, TPOAb +. Hierro 83, ferritina 115, transferrina 283,2, IST 20,71%, ácido fólico 2,52, vitamina B12 295. Creatinina 0,99, CKD-EPI 78,89. PCR 1,78. Transaminasas sin alteraciones. Marcadores tumorales AFP, CEA, CA 19,9, CA 125, CA 72,4 en rango. Anticuerpos antiestreptolisina O negativo, FR negativo, IgG e IgM en rango, IgA 6,69 mg/dL, complemento en rango. Albúmina 54,7. Microalbuminuria 6,39, microalbuminuria/creatinina 195,89. Leucocitos 9.500, neutrófilos 6.100 (63,8%). Hb 11,7, HCO 35,4, plaquetas 312.000. VSG 76. La paciente es dada de alta de MI con derivación a consulta específica de Inmunodeficiencias. Es revaluada en el MAP sin nueva sintomatología y pendiente de valoración y filiación del déficit de IgA.

**Juicio clínico:** Hipotiroidismo. Déficit selectivo de IgA.

**Diagnóstico diferencial:** Anemia vs hipotiroidismo subclínico vs inmunodeficiencia selectiva de IgA. Durante la anamnesis la paciente el único síntoma que refería fue la astenia. En los resultados AS se ha constatado en 2 ocasiones la deficiencia de Hb pero con valores férricos normales y un hipotiroidismo subclínico en el primer análisis y clínico en el segundo, este explicaría la anemia normocítica. Por los niveles séricos de IgA hablamos de DS IgA, sin clínica, más datos analíticos o antecedentes que lo respalden.

**Comentario final:** La importancia del papel de los profesionales de la atención primaria en el estudio inicial del paciente, siendo prioritario la realización de una buena anamnesis y exploración física a la hora de orientar las pruebas diagnósticas necesarias para el estudio en profundidad de la patología del paciente. Tener

en cuenta las enfermedades autoinmunitarias y la prevalencia del hipotiroidismo en la población joven.  
Tratamiento: Eutirox 25 ?g en desayuno.

## Bibliografía

Jameson J, Mandel SJ, Weetman AP. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 2698-703.

**Palabras clave:** Hipotiroidismo. TSH. Astenia. IgA. CKD-EPI.